

Таким образом, в проведенном исследовании азитромицин показал достаточно высокую эффективность и свою привлекательность как для врача, так и для больного благодаря возможности назначать препарат коротким курсом (3 дня). Ни в одном случае мы не назначали азитромицин при подозрении на наличие у больного бактериемии (о чем могут свидетельствовать повторные ознобы), учитывая упоминавшиеся уже особенности фармакокинетики препарата (низкие концентрации азитромицина в плазме крови и высокие в очаге воспаления).

В заключение следует отметить, что широкий антибактериальный спектр действия азитромицина, включая

высокую активность в отношении гемофильной палочки (в отличие от других макролидов), хорошее проникновение в бронхиальный секрет и мокроту (что доказано исследованиями лаважной жидкости), низкая токсичность и, наконец, низкая частота резистентности к этому препарату открывают перспективу более широкого использования азитромицина в лечении не только больных внегоспитальными пневмониями, но и пациентов с обострениями хронической бронхолегочной инфекции.

Поступила 10.05.98.

Юбилей

К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА А.В.СУМАРОКОВА



Александр Васильевич Сумарокову, доктору медицинских наук профессору заведующему кафедрой внутренних болезней № 2 1-го лечебного факультета Московской медицинской академии им.И.М.Сеченова, исполняется 80 лет.

Он прошел нелегкий и славный путь. Во время Великой Отечественной войны он служил в рядах действующей армии, награжден орденами "Отече-

ственной войны" 2 степени, "Красной звезды" и медалями. Прийдя на работу в 1 Московский медицинский институт врачом-лаборантом, защищает кандидатскую и докторскую диссертации, становясь профессором и заведующим одной из ведущих терапевтических кафедр страны.

Большой жизненный опыт, эрудиция, деловитость и энергия, скромность и доступность — слагаемые авторитета Александра Васильевича.

Блестящий клиницист, педагог и ученый, А.В.Сумароков — один из лучших представителей отечественной медицины. Ученый широкого профиля, он особенно большой вклад внес в разработку актуальных проблем кардиологии. Им опубликован ряд монографий: "Клиническая электрокардиография", "Аритмии сердца", "Распознавание болезней сердца (трудности частного и дифференциального диагноза)", "Кардиомиопатии", "Клиническая кардиология", которые хорошо известны и пользуются большой популярностью у врачей и научных работников.

На кафедре, возглавляемой А.В.Сумароковым, постоянно разрабатываются актуальные проблемы различных научных направлений, в том числе и в области пульмонологии. Только за последние 5 лет по пульмонологической проблематике выполнены и защищены 1 докторская и 4 кандидатские диссертации, получены авторские свидетельства на 3 изобретения и сделано научное открытие.

А.В.Сумароков воспитал множество учеников, в том числе кандидатов и докторов медицинских наук. По его учебнику и сегодня учатся студенты высших медицинских учреждений страны.

Поздравляя Александра Васильевича с юбилеем, желаем ему здоровья, многих лет активной жизни и успехов в его столь полезной и многогранной деятельности.

Редакция журнала Пульмонология



11 сентября 1998 года исполняется 75 лет со дня рождения доктора медицинских наук профессора Владимира Петровича Сильвестрова — одного из ведущих терапевтов-пульмонологов страны.

Высшее медицинское образование Владимир Петрович получил в Ленинграде в Военномедицинской Академии, которую окончил в 1948 году с золотой медалью.

После окончания адъюнктуры и защиты кандидатской диссертации в 1953 году В.П.Сильвестров был оставлен для преподавательской работы на кафедре госпитальной терапии Военно-медицинской Академии. В 1962—1965 гг. Владимир Петрович был главным терапевтом Южной группы войск, затем возвратился в Военно-медицинскую Академию. Работа в клинике Н.С.Молчанова на долгие годы определила научные и врачебные интересы В.П.Сильвестрова. В 1972 году он назначается заместителем начальника кафедры терапии для усовершенствования врачей Военно-медицинской Академии, осуществляет подготовку специалистов для лечебных учреждений армии, щедро делится со своими учениками опытом клинической, педагогической и научно-исследовательской работы.

В марте 1976 года Владимир Петрович переводится в Правительственный медицинский центр, где работает и по настоящее время.

Профессор В.П.Сильвестров является одним из основателей современной отечественной пульмонологии. Он создал новые научные направления: разработка проблемы затяжного разрешения воспалительных процессов легких, иммунокорригирующая терапия заболеваний органов дыхания, немедикаментозные воздействия для устранения бронхообструктивного синдрома, применение импульсной гелиево-кислородной гипоксии для лечения ряда болезней, в том числе и бронхолегочной системы.

На протяжении ряда лет В.П.Сильвестров настойчиво изучает этиологию, патогенез и методы лечения затяжных воспалительных заболеваний легких. Результатом его работ явилась монография «Затянувшиеся пневмонии и их лечение», вышедшая в 1968 году и ставшая первым в отечественной и зарубежной литературе обобщающим клиническим исследованием по этому вопросу. Книга выдержала 4 издания, последнее из которых вышло в 1986 году под названием «Затяжные пневмонии».

Владимир Петрович одним из первых начал разработку основных принципов реабилитации больных острой пневмонией в стационаре, санатории и поликлинике, что позволило значительно сократить переход заболевания в хронические формы.

Одним из наиболее значительных этапов работы профессора В.П.Сильвестрова является большой комплекс исследований, связанный с изучением иммунологических нарушений у больных с патологией органов дыхания и разработка методов их коррекции. Автором впервые получены важнейшие результаты, не только вскрывающие механизмы изменений иммунной системы при заболеваниях органов дыхания, но и позволившие разработать новые подходы в их лечении. Впервые выяснены основные звенья патогенеза, иммунных перестроек при легочных заболеваниях и их изменения под влиянием лечебных мероприятий.

Под руководством В.П.Сильвестрова проводится изучение легочной гипертензии и легочного сердца. Предложено выделение функциональных классов легочного сердца у больных хроническим обструктивным бронхитом, что имеет существенное значение для предупреждения развития декомпенсированного легочного сердца.

Заслуживают внимания исследования В.П.Сильвестрова и сотр. кислородного режима тканей у человека в норме и при гипоксии, возникающей у больных воспалением легких и острым инфарктом миокарда. Показано, насколько эти заболевания влияют на изменение кислородного гомеостаза, вызванного нарушением вентиляции, кровообращения и микроциркуляции.

В.П.Сильвестровым получены весьма важные для науки данные при изучении других форм патологии человека: артериальной гипотонии, гипертонической болезни у пожилых, аллергических заболеваний, в том числе бронхиальной астмы.

Результаты изучения сосудистых рефлексов и изменений гемодинамических показателей позволили подойти к расшифровке некоторых сторон патогенеза артериальной гипотонии. Практические рекомендации работы используются при проведении лечебных и профилактических мероприятий и при экспертной оценке у некоторых категорий военнослужащих.

В.П.Сильвестрову принадлежит более 400 работ по различным разделам внутренней медицины, что характеризует его как ученого широкого профиля. Владимир Петрович является академиком Международной академии информатизации, лауреатом премии Совета Министров СССР, автором ряда монографий, статей

в медицинской энциклопедии, редактором научных сборников. Под руководством В.П.Сильвестрова выполнены 48 кандидатских и 4 докторских диссертации.

За глубокие профессиональные знания, неизменную доброжелательность и внимание к окружающим Владимир Петрович снискал уважение сотрудников, которым он передает свой клинический опыт, навыки в научно-практической работе.

Поздравляя Владимира Петровича со славным юбилеем, желаем ему еще много лет сохранять крепкое здоровье, творческую активность, неиссякаемую энергию и душевную молодость.

Редакция журнала Пульмонология

Хроника. Информация

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МГНОТ ОТ 17.03.98.

А в д е е в С. Н. (НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва). Случай рецидивирующего полихондрита с поражением хрящей центральных дыхательных путей.

Большая В., 43 лет, жительница Калуги поступила в клинику по поводу прогрессирующей дыхательной недостаточности на фоне рецидивирующего полихондрита с поражением хрящей носа, гортани, трахеи, главных бронхов, трахеобронхомаляции с развитием экспираторного коллапса центральных дыхательных путей. В анамнезе atopическая бронхиальная астма с 1970 г., получала терапию бронхолитиками. С 1980 г. практически постоянно принимала поддерживающую терапию системными кортикостероидами.

В июне 1996 г. появились явления ринита, заложенность носа, гнойные выделения из носа, и носовых пазух, боли и припухлость мелких суставов рук и ног. В сентябре 1996 г. — боли в горле, охриплость голоса. В это время развилась седловидная деформация хрящей носа, по поводу чего с целью восстановления формы носа в ноябре была выполнена ринопластика (биопсия хряща не выполнялась).

Выраженное ухудшение состояния в декабре 1997 г.: резкое нарастание одышки, эпизоды асфиксии, появление цианоза, признаки декомпенсации легочного сердца. При фибробронхоскопии от 19.12.97.: выраженное генерализованное сужение дыхательных путей на уровне гортани, трахеи (диаметр 10 мм), главных бронхов. При КТ грудной клетки от 25.12.97. также выявлено значительное сужение трахеи (до 9,2 мм) и главных бронхов (до 4,5—5,0 мм); новообразований в легких и средостении не выявлено. Был впервые поставлен диагноз: рецидивирующий полихондрит.

При первичном осмотре отмечен диффузный серый цианоз, вынужденное положение больной с наклоном вперед, подкожная эмфизема в верхней части грудной клетки, массивные отеки стоп и голеней, шумное стридорозное дыхание. При аускультации: стридор, удлинение фазы вдоха, большое количество сухих низкочастотных, жужжащих хрипов. ЧДД 24, ЧСС 124, АД 160/115 мм рт.ст., Sat 89%, отхождение до 20—30 мл гнойной мокроты.

Газовый состав артериальной крови (при $FiO_2=0,21$): Sat 89%, PaO_2 59 мм рт.ст., $PaCO_2$ 38 мм рт.ст., pH 7,41. По данным ФВД — выраженная генерализованная обструкция, ранний экспираторный коллапс проксимальных дыхательных путей: VC 1,44 л (44,8%), FVC 0,76 л (23,6%), FEV₁ 0,40 л (14,1%). В анализах крови: СОЭ 37 мм/час, лейкоцитоз до $12,9 \times 10^6$ /л, палочкоядерный сдвиг 9%, повышение IgM до 6,5 г/л (при норме до 3,5 г/л), повышение ЦИК

с IgG до 0,23 ед.опт.пл. (при норме до 0,14 ед.опт.пл.) и ЦИК с IgA до 0,91 ед.опт. пл. (при норме до 0,70 ед.опт.пл.), РФ, АНФ, АНСА — отрицательные. При посеве мокроты: диагностически значимые титры культур *Candida albicans* — 10^4 КОЕ/мл, *S.viridans* — 10^6 КОЕ/мл.

В период 15—21 февраля 1998 г. на фоне вирусной инфекции развитие ОДН: нарастание диспноэ, тахипноэ до 30, профузная потливость, слабость, снижение уровня сознания (оглушение), ухудшение показателей газового состава артериальной крови (при $FiO_2=0,21$): Sat 81%, PaO_2 49 мм рт.ст., $PaCO_2$ 42 мм рт.ст., pH 7,50). Проводились СРАР-терапия и неинвазивная вентиляция через носовую маску, кислородотерапия, антибиотики (цефуроксим), ингаляции эфедрина через небулайзер. На фоне данной терапии успешное разрешение ОДН.

На фоне проводимой терапии: метилпреднизолон 40 мг/сутки (10 таблеток), 4 курса пульстерапии метилпреднизолоном 1000 мг, ингаляции 5% р-ра эфедрина 1,0 мл через небулайзер, флуимуцил (N-ацетилцистеин) 600 мг/сутки, изоптин-ретард 480 мг/сутки, энам (эналаприл) 5 мг 2 раза в сутки, при отеках — гипотиазид 50 мг/сутки, препараты калия и магния, СРАР-терапия через носовую маску (7 см вод. ст. до 20—22 часов/сутки), курсы антибиотикотерапии (цефуроксим, ровамицин, амоксиклав) состояние значительно улучшилось. Существенно уменьшились явления дыхательной недостаточности и легочного сердца: практически полное отсутствие диспноэ в покое (на фоне СРАР-терапии), толерантность к физической нагрузке пока довольно низкая: ходьба до 30 м, Sat 92% (при $FiO_2=0,21$), ЧДД 19—20, ЧСС 98—126, АД 140/90 мм рт.ст., отсутствие периферических отеков.

Отмечено увеличение размеров трахеи по данным фибробронхоскопии от 18.03.98г. и КТ грудной клетки от 20.03.98. (до 1,4 см).

В о п р о с: Каковы причины возникновения рецидивирующего полихондрита?

О т в е т: Наиболее вероятной природой заболевания считается аутоиммунная агрессия, в пользу данной теории говорит и частое сочетание (до 30%) с другими системными заболеваниями.

В о п р о с: Прогноз заболевания, какие мероприятия планируются?

О т в е т: Прогноз заболевания при поражении дыхательных путей крайне неблагоприятный, успех в настоящем случае достигнут лишь благодаря длительной СРАР-терапии, препятствующей коллапсу дыхательных путей. Наиболее оптимальным методом лечения считается постановка стентов в трахею и главные бронхи.